

様式第3 (第5条関係)

受託医療機関外予防接種料償還払申請書

年 月 日

犬山市長 殿

申請者 住 所

氏 名

続柄 ()

電話番号

下記のとおり関係書類を添えて、予防接種料の償還を申請します。

予防接種を受けた人		生年月日	年 月 日	
医療機関名	所在地			
	名 称			
予防接種の種類		接種日	医療機関支 払額	申請額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
			申 請 額 合 計	円
口座振込希望金融機関		種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀 行 信用金庫 農業協同組合		店 普通 当座		フリガナ

※必要添付書類：医療機関の発行した領収書（各予防接種ごとの金額がわかるもの）、予診票

※申請時必要なもの：母子健康手帳（乳幼児・学童のみ）、口座番号がわかるもの（通帳）

健康保険証（中学生以上の者）